

介護保険高額介護(介護予防)サービス費支給申請書

令和 年 月

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号																
				個人番号														
生年月日		明・大・昭 年 月 日生				性 別												
住所		〒 電話番号																
該当月分の 支払額合計		円		自己負担額		円												
		氏名		生年月日		性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号											
世帯構成	世帯主																	
	世帯員																	
鳥取県東伯郡琴浦町長 様 上記のとおり高額介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏 名 電話番号																		

注意 ・ 今回の支給以降、高額介護(介護予防)サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。また、支給金額は今回申請した指定口座に振り込まれます。
・ 給付制限を受けている方については、高額介護(介護予防)サービス費の支給がでない場合があります。
高額介護(介護予防)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀 行 信用金庫 信用組合		本 店 支 店 出張所		種目		口座番号								
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金 2 当座預金 3 その他										
	ゆうちょ銀行				—										
	フリガナ 口座名義人														

町記入欄			
区分	世帯集約番号	給付制限状	備考
1 単独 2 合算		有・無 給付割合	

※以下は振込先口座を被保険者本人または相続人名義以外にする場合記入してください。

委 任 届

琴浦町長 様

私が受けることのできる高額介護（予防）サービス費の受領については次の者に委任します。

令和 年 月 日

委 任 者	住 所	電話番号
(被保険者本人)		
氏 名	印	

受 任 者	住 所	電話番号
(口座名義人)		
氏 名	印	続柄 ()